FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

89

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 1 heure

Par P. GROULD

DIFFICULTÉS ET ERREURS POSSIBLES

DANS LE

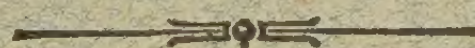
DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

PAR LE

PALPER ABDOMINAL

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges : MM. ALB. ROBIN, *professeur.*
DÉMELIN et LENORMANT, *agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

89

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555827_0033

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 1 heure

Par P. GROULD

DIFFICULTÉS ET ERREURS POSSIBLES

DANS LE

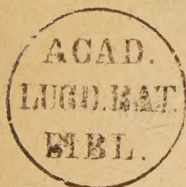
DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

PAR LE

PALPER ABDOMINAL

Président : M. POZZI, *professeur.*

Juges : MM. ALB. ROBIN, *professeur.*
DÉMELIN et LENORMANT, *agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur TROISIER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BONNAIRE

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur BOITEUX

médecin de l'asile d'aliénés de clermont (Oise)

Monsieur le Docteur ROGUES DE FURSAC

médecin de l'asile d'aliénés de ville-évrard

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé dans ce modeste travail de passer en revue les difficultés principales du diagnostic de la grossesse par le palper abdominal et les causes d'erreur les plus importantes qui peuvent fausser ce diagnostic.

La palpation de l'abdomen nous aide à la recherche :

1° De l'existence de la grossesse ;

2° De son âge ;

3° De la situation du fœtus ;

4° De quelques anomalies.

Rien de plus simple, au dire du public, que de reconnaître qu'une femme est enceinte. Mais en dehors des cas où l'on cherche à faire le diagnostic précoce de grossesse — diagnostic souvent très délicat — et où le palper n'a de valeur que combiné au toucher que de difficultés inconnues du vulgaire !

Évaluer l'âge approximatif du fœtus repose aussi sur des données souvent incertaines. C'est sur la distance qui sépare le fond de l'utérus de l'arc antérieur du bassin qu'on se guidera, plus tard chez les primipares sur l'engagement du pôle céphalique. Là encore que de méprises pardonnables!

Si la palpation est facile, simple sera le diagnostic de la situation du fœtus. Mais les anomalies de la grossesse, la surdistension abdominale, certaines tumeurs sont susceptibles de donner le change.

Un palper pratiqué par une main exercée aura fort à faire quelquefois pour saisir les nuances de consistance de l'utérus propres à renseigner le praticien dans les cas d'anomalies de la grossesse.

Que d'irrégularités d'ailleurs dans ce symptôme ! On rencontrera ici un fibrome mou, là une môle hydatiforme dure, tantôt l'utérus parturient contenant un fœtus mort sera mou et difficile à délimiter, tantôt au contraire il sera d'une dureté ligneuse...

En obstétrique comme ailleurs on doit s'entourer de tous les renseignements cliniques et, si nombreux et précieux que soient les renseignements fournis par la palpation, leur valeur est évidemment limitée.

Cette valeur fut trop dédaignée des anciens auteurs car l'historique du palper (*Traité du palper abdominal* de M. Pinard) montre que ce n'est que depuis une époque relativement récente qu'il occupe en obstétrique la place à laquelle il a droit.

On n'en trouve une indication nette qu'en 1601 dans Mercurius Scipio.

En 1721, le Liégeois Dionys en parle comme d'un moyen de diagnostic des grossesses gémellaires.

Rœderer (1752) l'applique le premier au diagnostic de la grossesse et en précise le manuel opératoire dans ses *Éléments de l'Art des accouchements*.

Wigand (1812), Jœrg (1814), Schmitt (1829), Hohl (1834) mettent en lumière ses avantages.

Hohl en a rendu les avantages si évidents, dit Velpeau dans son *Traité complet de l'Art des accouchements*, qu'il n'est permis à aucun praticien de les ignorer.

Hubert de Louvain et son fils dans leur enseignement et leurs écrits insistent beaucoup sur l'utilité du palper obstétrical (*Annales de gynécologie*, sept. 1843; *Encyclologie des sciences médicales*, juillet et août 1843). L'*Essai sur l'accouchement physiologique* de Mattei (1855) fait faire un grand pas à la question qui n'avait jamais été traitée auparavant avec autant de détails.

En France, le palper n'était pas ignoré de nos anciens auteurs, Stolz, Velpeau, Chailly, Devilliers entre autres, mais c'est surtout depuis 1862 que MM. Tarnier et Guyon l'ont vulgarisé chez nous.

Aujourd'hui que l'enseignement de l'obstétrique occupe une place si importante dans les études médicales le praticien doit connaître tout le fruit qu'il

peut retirer de la méthode en même temps que ses difficultés.

*
* *

On peut ranger sous trois chefs les difficultés de la palpation et les erreurs de diagnostic qui en résultent selon qu'elles proviennent :

1° De la maladresse de l'accoucheur ;

2° De la femme ;

3° Du fœtus ;

De la maladresse de l'accoucheur.

Il importe avant de commencer l'examen que l'accoucheur s'assure que le rectum et la vessie ont été évacués au préalable et qu'il pratique le cathétérisme s'il en est besoin.

Ensuite que la femme ait la région abdominale découverte du pubis à la région épigastrique et qu'elle se place près le bord du lit de façon que le médecin qui l'examine ait toutes ses aises.

Les anciens auteurs recommandaient de faire fléchir plus ou moins les jambes sur les cuisses et par suite les cuisses sur l'abdomen.

Cette position n'est pas avantageuse, la femme, ayant des points d'appui étant par suite plus exposée à contracter ses muscles.

On doit au contraire tâcher d'obtenir le relâche-

ment des muscles abdominaux et pour cela le mieux est de faire coucher la femme dans le décubitus horizontal, la tête à peine relevée par un oreiller, les membres inférieurs et les bras reposant en extention.

C'est à l'accoucheur à faire modifier cette position lorsqu'il le jugera utile, car dans certains cas la position de Thure-Brandt, la position latérale ou inversée faciliteront ou compléteront son examen.

Avant de palper l'abdomen, il devra veiller à ce que ses mains soient à une température convenable, petit point de détail qui a son importance, car avec des mains froides il risquerait d'éveiller des contractions intempestives et aurait le tact moins aiguisé.

Recommandant à la femme de respirer la bouche ouverte, largement et sans saccades, il attaquera ses parois abdominales sans brutalité en la rassurant et lui causant au besoin pour détourner son attention.

Pour pratiquer un palper fructueux l'habitude de l'examen clinique est indispensable, mais il est deux qualités qu'il faut posséder avant tout : la souplesse des mains et la patience.

Comme le dit M. Bonnaire (In. Th. Mariette, juin 1903), une main raidie est toujours douloureuse: la femme accusera le médecin de maladresse et elle aura raison.

En outre du fait de la contracture des muscles de ses doigts, celui-ci perd une partie de son sens tactile.

D'autre part on ne doit pas trop ménager son

temps si l'on tient à faire un examen consciencieux.

Il faut tout d'abord, si le muscle utérin se contracte au début, attendre une période de relâchement et procéder avec méthode et douceur, de façon à gagner du terrain à chaque expiration.

Puis s'efforcer de préciser les sensations recueillies si elles sont douteuses. Ce n'est qu'à la longue qu'on parvient à faire l'éducation de son tact mais encore faut-il pour cela ne pas épargner son temps et son application.

De la femme.

Entre les mains qui palpent et le fœtus se trouvent interposés la peau, le tissu sous-cutané, la couche musculo-aponévrotique, le péritoine, l'utérus et les membranes fœtales dont les modifications pathologiques sont la cause de difficultés plus ou moins nombreuses et sérieuses et partant de méprises plus ou moins faciles à éviter.

En outre certains viscères (intestin, vessie), des tumeurs d'autres organes (kystes de l'ovaire) viennent souvent gêner l'examen ou, ce qui est plus grave, fausser ses résultats.

Peau. — Il arrive parfois que le premier contact de la main avec l'abdomen est si douloureux qu'on ne peut continuer l'examen.

Cette douleur est due à l'hyperesthésie des téguments, à la névralgie ovarienne ou des nerfs abdomino-génitaux signalée par Budin, généralement liées à l'hystérie.

On doit user de douceur et de patience et, si l'examen ne peut se faire malgré tout, recourir à l'anesthésie générale.

Tissu sous-cutané. — L'infiltration œdémateuse peut nécessiter une ponction lorsqu'elle est trop prononcée.

Mais c'est surtout l'adipose qui crée à la palpation les obstacles les plus sérieux.

Quand elle est trop prononcée, la palpation devient impossible, surtout si les tissus sont lardacés et d'une dureté presque ligneuse.

Dans les derniers temps de la grossesse, quand il y a adipose avec abdomen pendulum, il faut recourir à un aide pour faire relever le ventre ou mettre la femme en position inversée.

Gênante pour le diagnostic de la grossesse, l'adipose trompe sur son âge, si l'on ne tient compte de la couche de graisse qui double le fond de l'utérus et le fait paraître plus volumineux qu'il n'est en réalité.

L'adipose localisée au niveau de l'abdomen fait encore partie du cortège des signes de ces grossesses dénommées fausses, nerveuses, par illusion.

C'est au praticien à ne pas se laisser suggestionner lui aussi et à n'attacher d'importance qu'aux signes

physiques. Un palper consciencieux le prémunit de toute erreur possible.

Couche musculo-aponévrotique. — La couche musculo-aponévrotique est parfois si mince, notamment chez les pluripares éventrées, qu'on a le fœtus trop directement sous la main et qu'on est porté à croire à une grossesse ectopique.

Il suffit, pour lever toute hésitation, de rechercher un signe certain de la grossesse utérine : la contraction de l'utérus entre le fœtus et la paroi abdominale, contraction que l'on provoquera par quelques légères frictions.

L'excès de tonicité ou de dépense des muscles de la paroi est une source d'ennuis sérieux. Les muscles restant tétanisés ou animés de soubresauts convulsifs rendent nuls les résultats de la palpation.

On obtient le relâchement maximum des muscles de l'abdomen en faisant prendre à la femme la position de Thure-Brandt. La femme est étendue à plat sur le dos, la tête fortement soulevée par un coussin, le menton touchant la poignée du sternum, les épaules appliquées sur le plan du lit. Les membres supérieurs doivent être fortement fléchis et reposer sur le plan du lit, uniquement par l'avant-pied.

Si l'examen reste impossible, il faut recourir à l'anesthésie générale.

Les droits de l'abdomen peuvent être le siège de contractions volontaires ou spontanées qui simulent

les mouvements actifs du fœtus, ainsi que l'avaient déjà constaté Ambroise Paré dans son *Traité des Monstres*, et Mauriceau, et ainsi que peuvent les produire les coryphées de la danse du ventre.

Les muscles, droits, se contractant entre deux insertions aponévrotiques ou dans l'intervalle laissé par l'écartement de la ligne blanche, forment obstacle au palper et risquent de faire naître de grossières erreurs.

Les fibromes volumineux de la paroi sont un obstacle à l'exploration au même titre que l'adipose et demandent généralement à ce qu'on fasse l'examen en position inversée.

Péritoine. — Quand l'ascite n'est pas trop abondante, il suffira d'examiner la femme en décubitus latéral droit et gauche alternativement. Lorsqu'elle est exagérée elle forme une masse fluctuante et sans souplesse qui, plaquée devant la matrice, rend l'exploration difficile sans ponction préalable.

D'un autre ordre sont les difficultés que peut créer la péritonite tuberculeuse.

Lorsque la tumeur est régulière et indolore à la palpation, le diagnostic d'avec la grossesse est loin d'être aisé et il est arrivé plus d'une fois à des praticiens de valeur de se tromper.

Témoin le cas que relate M. Siredey. (*Progrès Médical* du 1er avril 1893.)

Chez une jeune fille atteinte de tuberculose pul-

monaire, plusieurs médecins des hôpitaux avaient fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec ascite abondante, et lorsqu'elle vint à mourir quelque temps après, on découvrit à l'autopsie une grossesse de huit mois avec hydropisie considérable de l'amnios.

Tumeurs. — Les tumeurs pelviennes et abdominales compliquent l'examen à des degrés différents.

Certaines sont gênantes par leur volume principalement, et n'occasionnent d'erreurs qu'exceptionnellement.

D'autres, et parmi elles en première ligne, les tumeurs de l'ovaire et la grossesse ectopique, sont une cause non seulement de difficultés, mais encore d'erreurs fréquentes.

Dans la première catégorie on peut ranger les tumeurs du bassin, enchondromes, sarcomes, kystes hydatiques, les fibromes ou lipomes du ligament large, les fibromes de la paroi abdominale, les cas exceptionnels d'ectopie de rate paludique (Walther, Potherat) de rein mobile dans le pelvis, de tumeur volumineuse du foie. (Latour, *Union Médicale*, 18).

L'utérus peut être difficile à délimiter par la palpation, d'abord à cause de la douleur, comme dans les cas de salpingo-ovarite, mais ensuite et surtout à cause de l'empâtement péri-utérin qui le maintiendra, selon l'expression de M. Pozzi, « comme emprisonné dans une coulée de matière plastique. »

Ses bords étant confus, il sera malaisé de déterminer dans maintes circonstances sa consistance et son volume.

D'une fréquence autrement grande sont les embarras et les méprises dus aux tumeurs de l'ovaire et à la grossesse ectopique.

Parmi les tumeurs de l'ovaire, les kystes séreux viennent en première ligne.

Les sarcomes, kystes papillomateux et cancers de l'ovaire ne prètent guère à confusion à cause de leurs caractères spéciaux.

Le fibrome de l'ovaire se reconnaîtra à sa situation latérale et à sa dureté.

Les kystes dermoïdes sont douloureux au palper, généralement situés en avant de l'utérus (Signe de Küster) peu volumineux et de consistance inégale.

Par leur fréquence et la multiplicité des erreurs qu'ils ont causées, les kystes séreux sont beaucoup plus importants que les tumeurs précitées.

Lorsqu'il y a coexistence de kyste et de grossesse on sent généralement au palper à côté de l'utérus. gravide, ordinairement à gauche, une tumeur de consistance égale, plus tendue ou plus mollasse que la première.

Mais l'organe gestateur se déforme souvent en s'accommodant au contour du kyste, et il ne sera pas commode de reconnaître le sillon de séparation.

D'autres fois, l'utérus gravide est plaqué par le kyste

derrière la paroi abdominale antérieure et le palper est incapable de fournir des renseignements précis.

Les kystes volumineux sont parfois confondus avec un simple hydramnios. M. Potocki cite le cas d'une femme chez laquelle on avait méconnu ainsi l'existence d'un kyste contenant huit litres de liquide.

Les kystes peuvent encore présenter des parties solides qu'à un examen hâtif on serait tenté de prendre pour des parties fœtales, si l'on ne constate l'immobilité de ces parties solides.

Enfin on est porté à croire à l'existence d'un kyste compliquant une grossesse quand il y a grossesse gémellaire avec hydropisie de l'un des œufs (Pinard) ou grossesse extra-utérine, l'une des parties étant prise pour l'utérus gravide, l'autre pour un kyste.

La grossesse ectopique est une source de méprises bien difficiles à éviter, soit qu'on la diagnostique à tort, soit qu'on la méconnaisse.

Le palper seul ne sera pas d'un secours bien efficace dans la plupart des cas.

Au début de la grossesse, il est malaisé de faire le diagnostic différentiel entre une grossesse extra-utérine et une grossesse développée dans une corne normale ou rudimentaire ou dans un utérus bifide.

La salpingite kystique a la même consistance et la même situation que la grossesse tubaire.

Un petit fibrome et un kyste de l'ovaire au début induiront facilement en erreur.

Les positions anormales de l'utérus gravide sont susceptibles de faire porter le faux diagnostic de grossesse extra-utérine.

Ainsi que M. Lepage l'a fait observer (Comptes rendus de la Soc. d'obst., gyn. et péd., 1899 3e fasc). chez certaines multipares pour peu que le corps de l'utérus à parois très minces soit fortement incliné sur le côté, pour peu que le col doublé par la partie inférieure du segment inférieur semble constituer une sorte de tumeur distincte de la précédente et rappelant la forme d'un utérus on aura vite fait de conclure à la grossesse ectopique.

La latéro-flexion de l'utérus gravide pourra créer la même illusion.

Une erreur plus facile à éviter par un palper soigneux est celle qui consiste à conclure faussement à une grossesse extra-utérine lorsque les parties fœtales paraissent très superficielles par suite de l'extrême minceur du muscle.

Il ne faut jamais négliger de vérifier s icette sensation est exacte. En massant légèrement les tissus, si on sent la contraction du muscle utérin entre la main et le fœtus, c'est que la grossesse est utérine.

Intestin. — Il n'est pas rare de voir des anses intestinales descendre devant la matrice sous l'influence du relâchement sympathique des parois abdominales. Dans les cas de ptose intestinale ou de hernies ombilicales volumineuses il sera plus aisé de

pratiquer le palper sur la femme en position inversée.

Les hernies épigastriques n'atteignent jamais un volume assez considérable pour être gênantes. L'intestin gêne le palper dans les cas d'encombrement stercoral, formant une tumeur souvent douloureuse qui nécessite des purgations appropriées.

Les accumulations stercorales dans l'S iliaque au début de la grossesse simulent parfois une grossesse ectopique.

De même la typhlite et l'appendicite (*Revue et Mémoires d'Obstétrique.* Demelin).

La tympanite liée à l'hystérie forme quelquefois une tumeur localisée, régulière et arrondie (Clinique chirurgicale de Tillaux) déjà observée chez les animaux par Spencer Wells et C. Périer et qui disparaît momentanément sous l'influence du sommeil chloroformique.

Cette tumeur ne saurait tromper longtemps et les grossesses dites stercorale et venteuse ne sont plus qu'un souvenir de colossales erreurs.

Vessie. — Une précaution que l'on ne doit jamais omettre avant de commencer l'examen est de faire évacuer la vessie. Il faut pratiquer au besoin le cathétérisme chez les femmes qui ont subi un traumatisme ou une opération de voisinage, chez les hystériques et chez certaines aliénées, les paralytiques générales entre autres.

Une des causes de la rétention d'urine est la rétro-

version de l'utérus gravide : il faut y songer, et éviter la colossale erreur qui consisterait à prendre le globe vésical pour le globe utérin, le premier, du reste, pouvant se contracter lorsqu'il est surdistendu ainsi que l'ont constaté M. Tarnier et M. Pajot (*Traité du palper abdom.*, de M. Pinard).

Cette erreur fut commise par plusieurs médecins d'après une observation rapportée par Barth et Roger et on lit dans Guillemeau que « M^{me} du Pescher accoucha d'un seau d'eau, croyant assurément être grosse d'un enfant ».

UTÉRUS. — La palpation de l'utérus peut être difficile ou conduire à des déductions erronées par suite de ses anomalies :

De position ;
De volume ;
De forme ;
De contexture.

a. — (De position).

Antédéviation. — En dehors des cas où l'utérus est en antéversion pathologique, causée par des tumeurs volumineuses de l'espace de Douglas, état que la grossesse ne fait qu'accentuer, on trouve l'utérus gravide en antéversion chez les multipares à sangle abdominale insuffisante et chez certaines cyphotiques dont les côtes sont affalées dans les fosses iliaques.

Dans les utérus très antéfléchis où le développement se fait par fluxion du fond, la face antérieure

dure et catilagineuse peut faire penser faussement à l'existence d'un fibrome.

Rétrodéviation. — Fréquemment produite ou amorcée par des lésions antérieures à la grossesse, la rétrodéviation se rencontre aussi chez les cyphotiques au bassin en entonnoir ou plus rarement chez des femmes à bassin très vaste.

On n'arrive pas où l'on n'arrive que très difficilement par le palper à sentir l'utérus par l'abdomen.

D'où erreur possible sur l'existence et surtout sur l'âge de la grossesse.

Latérodéviation. — L'utérus peut être rejeté sur le côté par des tumeurs latérales, en particulier de gros kyste de l'ovaire.

Il faut alors reconnaître la tumeur et ne pas la confondre avec l'utérus gravide.

Plus difficile est le diagnostic dans les cas de latéroflexion de l'utérus gravide dont M. Routier et M. Segond ont signalé des exemples (Soc. d'obst. Gyn. et Péd. de Paris, 7 déc. 1900, 14 janv. 1901). M. Bar et M. Brindeau (*Bull. de la Soc. obst. de Paris*, nov. 1903) ont rapporté différents cas personnels dans lesquels le diagnostic d'utérus gravide latéro-fléchi avec grossesse extra-utérine était des plus ardus.

Deux tumeurs accolées, l'une dure et l'autre volumineuse et molle peuvent être prises la première pour

un utérus un peu gros et la seconde pour un kyste fœtal.

Élévation. — Toutes les tumeurs du col et du corps de la matrice, de l'ovaire, des ligaments larges, du vagin et du bassin ont souvent pour effet de refouler l'utérus en haut.

Il faut en tenir compte pour apprécier l'âge de la grossesse.

b. — (De volume).

L'hypertrophie totale de l'utérus est exceptionnelle.

On peut citer les cas observés par M. Tillaux (1868) et par M. Polaillon (1889) dans lesquels l'utérus sans tumeur ni altération de forme occupait tout l'abdomen. Certains cas pathologiques s'accompagnent d'une augmentation de volume de l'organe. La congestion utérine primitive fluxionnaire a été notée par M. Siredey (*Gaz hebd. de méd. et de chir.* 1898), M. Richelot (Soc. d'obst., gyn. et péd., 1899 et 1900) et M. Pierra (Gyn., 15 juin 1904).

Dans leurs observations, l'utérus est plus ou moins hypertrophié (jusqu'à 12 cent.) et simule par sa forme et sa contexture l'utérus gravide au début.

L'hématomètre s'accompagne d'un développement brusque du ventre.

Dans la tuberculose en dehors de la pyométrie (Cornil) ou rétention du pus dans la cavité utérine l'utérus est fréquemment augmenté de volume comme l'utérus au début de la grossesse.

Le cancer du corps et le sarcome diffus (Th. Aubry, 1896) n'ont que ce symptôme commun avec la gravidité.

La métrite parenchymateuse prête bien davantage à confusion.

En cas de sclérose hypertrophique, due à un réveil d'infection latente, ce en quoi le discernement est rendu des plus délicats, dit M. Bonnaire (In Th. Mariette), c'est parce que la sclérose comporte une augmentation de volume de l'utérus et que la poussée inflammatoire en atténue la consistance rigide tout en l'augmentant de volume.

Par la palpation on pourra chercher deux signes différentiels. L'utérus gravide n'est pas douloureux par lui-même; l'utérus sclérosé avec poussée aiguë est toujours d'une sensibilité très pénible. L'utérus sclérosé conserve toujours sa forme cylindrique, différente de la forme sphéroïdale de l'utérus gravide.

Pour rare qu'elle est, la môle hydatiforme est une affection dont la méconnaissance peut mener à diverses erreurs de diagnostic.

Si le praticien n'a pas été mis en éveil à l'aide d'examens antérieurs par le développement trop rapide du ventre, la palpation lui fournit souvent des données imprécises.

La consistance de l'utérus est généralement molle et pâteuse, mais parfois, au contraire, fait déjà signalé par Guillemeau, présente une dureté toute particu-

lière et le muscle utérin et les muscles abdominaux semblent contracturés.

D'autres fois on note des alternatives de dureté et de résistance, des bosselures et des inégalités. Quoi d'étonnant à ce qu'on soit porté à croire à un fœtus mort avec hydramnios à la coexistence d'un kyste ovarien, à un cancer ou à un sarcome de l'utérus, ou plus souvent de fibromes?

c. — (De forme) :

L'utérus atteint de malformations congénitales compatibles avec la gravidité est, en cas de grossesse, la source possible de multiples erreurs.

Une corne supplémentaire implantée près de l'orifice utérin du col peut devenir le siège d'une grossesse que l'on prend d'habitude pour une grossesse tubaire. L'utérus double, bicorne, biloculaire ou didelphe peut devenir parturient. Une grossesse gémellaire n'y est même pas impossible.

On est amené à songer à la malformation quand on distingue au palper un éperon ou une dépression au fond de la matrice.

Que la moitié d'un utérus ainsi conformé devienne gravide, l'autre moitié augmentera de volume et restera juxtaposée à la première, ou subissant un mouvement de torsion se portera en bas et en arrière derrière elle, et cette moitié vide sera, si l'anomalie est méconnue, vraisemblablement considérée comme une tumeur.

La perception du ligament rond, dont le point de départ sera reconnu par le palper, permettra d'éviter la confusion.

Outre ces anomalies d'origine congénitale l'utérus est parfois sujet dans les premiers temps de la gestation à des anomalies de développement dites grossesses angulaires, grossesses en fluxion (M. Bonnaire) sur lesquels M. Bar a appelé l'attention en 1900 à la Société d'obstétrique.

L'organe gestateur, au lieu de prendre la forme globuleuse normale, s'amplifie d'une façon asymétrique.

C'est tantôt au niveau d'un bord, le plus souvent au niveau d'une corne que s'effectue cette hypertrophie localisée.

Au palper, on croit avoir sous la main un fibrome ou un kyste fœtal, car l'on sent une partie molle placée à côté de parties restées fermes.

M. Budin, dans un cas de corne anormalement développée, put mobiliser le fœtus et amener une de ses extrémités dans la tumeur et de la sorte éliminer le diagnostic de fibrome.

Le danger serait de diagnostiquer une grossesse ectopique. Plus tard le doute cesse, car les segments réfractaires cèdent à l'ampliation et l'utérus prend la forme sphéroïdale normale.

L'hystéropexie, dans toutes ses modalités, met obstacle au développement normal de la matrice.

Dans la ventro-fixation, le fond de l'utérus fixé à

l'abdomen ne prenant pas part à l'accroissement de volume de l'organe, ce dernier se développe aux dépens de sa paroi postérieure. Sa forme est alors celle d'un ovoïde à grand axe transversal (Demelin, *Rev. et Mém. d'obstétrique*).

Il s'ensuit que la palpation est difficile et qu'à un examen superficiel on suppose à la grossesse un âge moins avancé qu'elle n'a en réalité.

d. — (De contexture).

M. Bonnaire a insisté sur les scléroses localisées de l'utérus capable d'en imposer pour une grossesse compliquée.

Ces foyers d'induration peuvent troubler l'expansion de la matrice et sa consistance caractéristique.

Ils évoquent l'idée de fibromes dès qu'on les perçoit.

La fibromatose est un des gros écueils du diagnostic de là grossesse.

Le problème consiste à faire :

1° Soit le diagnostie différentiel de l'utérus gravide et de l'utérus fibromateux ;

2° Soit le diagnostic de la grossesse dans un utérus fibromateux ;

1° La fibromatose, la grossesse fibreuse de M. Guyon détermine une augmentation de volume de l'utérus et un changement dans sa consistance.

Le développement est d'ordinaire moins uniforme, plus localisé. Mais l'utérus gravide peut se dévelop-

per d'une façon anormale lorsqu'il est dévié ou maintenu par des adhérences inflammatoires anciennes ou dans le cas de fluxion utérine ou encore dans la sclérose en nappes.

Dans le cas de rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, l'utérus est parfois très dur au point qu'on écarte l'idée de grossesse pour diagnostiquer fibrome.

C'est ainsi que M. Tarnier relate une erreur de diagnostic qu'il commit dans des circonstances identiques (Bué, Obstétrique, sept. 1903).

On devra en face de cette double hypothèse bien examiner si la surface de l'utérus est régulière, ce qui est la règle dans l'utérus contracturé, ou inégale et bosselée, ce qui est habituel dans l'utérus fibromateux.

Dans la môle hydatiforme, l'utérus complètement dur et bosselé a fait croire à des fibromes multiples (Andral, *in* Th. Ouvry), mais la mollesse de l'organe ne peut pas faire exclure le diagnostic de fibrome, les fibromes mous n'étant pas exceptionnels.

2° Il y a deux fautes à éviter et qui consistent :

A reconnaître le fibrome mais à ne pas reconnaître la grossesse ;

A reconnaître la grossesse et non le fibrome.

Le premier cas est loin d'être rare. Au palper, selon M. Fochier (Soc. Obst. de France, 1897) et M. Schwartz, on peut sentir, lorsque l'utérus peut

être porté sur un plan résistant, une partie molle, comme fluctuante entre des parties dures, laquelle à certains moments change de consistance. Dans la seconde éventualité on confond le fibrome avec une grossesse ectopique, avec une partie fœtale, ce qui peut faire porter le diagnostic érroné de grossesse gémellaire, avec une corne utérine anormalement développée, avec la moitié vide d'un utérus didelphe dont l'autre est gravide.

Dans le Traité de MM. Tarnier et Budin est relatée une observation de M. Tarnier, dans laquelle un fibrome du col avec grossesse cervicale était surmonté d'une tumeur plus petite que l'on prit pour un fibrome et qui était le corps utérin lui-même.

La palpation ne permet pas de distinguer certains fibromes abdominaux interstitiels ou sous-muqueux, qui risquent de passer inaperçus : insérés sur la face postérieure de l'utérus, ils sont masqués par le fœtus.

Pour distinguer les fibromes pelviens, il faut l'aide du toucher vaginal.

La grossesse extra-utérine est fréquemment prise pour une grossesse compliquée de fibromes.

A la palpation il sera parfois possible de sentir le pédicule allant de la corne à la tumeur, ainsi que des alternatives de résistance et de mollesse dans la tumeur et même de s'apercevoir que des parties dures forment des saillies anguleuses, constituées par les os du fœtus (Marquézy). On s'efforcera principa-

lement de se rendre compte s'il y a un sillon entre les deux tumeurs.

Le fibrome, pris pour une partie fœtale, est susceptible de faire porter un faux diagnostic de grossesse double ou de tromper sur la position du fœtus. Le moyen classique d'éviter cette faute est d'attendre une contraction utérine. La contraction utérine masque la partie fœtale : elle rend au contraire le fibrome plus évident.

Liquide amniotique. — La rareté du liquide amniotique, oligoamnios, fait paraître l'utérus moins volumineux qu'il ne devrait l'être et surtout coïncide souvent avec la formation de brides amniotiques qui immobilisent le fœtus et empêchent le ballottement céphalique.

L'hydramnios gène énormément l'examen à cause de la surdistension abdominale. Toutes les parties ballottent et il n'est pas toujours facile de vérifier s'il y a ou non grossesse double.

Dans ce dernier cas l'utérus est moins globuleux, plutôt accru dans son diamètre transversal et le ballottement est moins facile.

Mais il peut y avoir coïncidence de gemellité et d'excès de liquide d'un œuf et lorsque de toutes les parties fœtales seule la tête est accessible au palper pour peu qu'à travers la paroi tendue on en fasse ballotter en sens inverse et comme isolément les extrémités frontale et occipitale, on a grande ten-

dance à penser que ce sont deux petites têtes qui sont ainsi juxtaposées (Bonnaire).

Du fœtus.

Les difficultés du diagnostic causées par le fœtus proviennent :

1° De son volume ;
2° De sa position ;
3° De la gémellité ;
4° De sa mort.

De son volume. — Le volume du fœtus est souvent au-dessous de la normale chez les albuminuriques : de même dans l'hydramnios, mais alors l'étiologie sera éclairée.

Mais c'est principalement l'excès de volume du fœtus qui peut induire en erreur.

C'est l'excès de volume de la tête, l'hydrocéphalie qu'il importe surtout de diagnostiquer, car méconnue, cette dernière peut être cause de rupture utérine au moment du travail.

Elle est relativement assez fréquente puisque d'après la statistique de la clinique Baudelocque, sur une série de trois mille accouchements, on est obligé d'intervenir une fois en moyenne pour dystocie hydrocéphalique.

Les difficultés du palper seront accrues lorsqu'il y aura en même temps hydramnios, dans 1/10 des cas environ.

Il faut constater les dimensions anormales de la tête suivant tous ses diamètres. C'est surtout dans les derniers temps de la grossesse qu'on la sentira débordant au-devant de la symphyse pubienne. Ce signe fait défaut lorsque le fœtus se présente par le siège. Le diagnostic ne se fera alors qu'à la fin de l'expulsion et avec l'aide du toucher.

De sa position. — L'accommodation peut être défectueuse par excès de mobilité du fœtus ou anormale, chez les cyphotiques en particulier, chez lesquelles la tête s'accommode trop vite.

Il faut avoir soin de bien plonger la main dans l'excavation, car on est tenté de confondre le diamètre bi-acromial avec la tête.

Il faut songer lorsqu'on fait le palper dans les deux derniers mois chez une primipare que le siège décomplété mode des fesses peut descendre dans l'excavation ainsi que l'a fait observer M. Budin, et bien rechercher la saillie occipitale et le sillon de la nuque.

Il faut penser aussi qu'à la tête peut se juxtaposer un membre du fœtus et ne pas prendre en ce cas un siège pour un sommet, et chercher à distinguer ensuite si le membre juxtaposé est une main ou un pied.

On peut encore se tromper sur l'âge de la grossesse dans le cas d'insertion basse du placenta.

Ainsi que le fait observer M. Pinard, il faut y songer lorsque chez une primipare on trouve une présentation céphalique non engagée dans les deux derniers mois, et qu'on n'a reconnu ni rétrécissement, ni malformation congénitale ni tumeur pelvienne.

« Cette hypothèse deviendra plus vraisemblable, ajoute-t-il, si la tête a tendance à glisser vers l'une des fosses iliaques ou si refoulant la tête vers l'excavation on ne peut l'y faire pénétrer. On ne la sentira point alors buter contre une résistance osseuse comme cela se produit dans une sténose pelvienne, mais elle sera arrêtée par une résistance molle et un peu élastique.

Il est bon d'ajouter qu'on n'a pas souvent l'occasion de constater ces caractères qui n'existent qu'avec les insertions très basses, qui se décèlent assez tôt par d'autres accidents. »

De la gémellité. — Un des obstacles à l'exploration externe dans la gémellité tient à la tension premanente de la paroi utérine ; sensation analogue à celle qu'on perçoit, dit M. Pinard, quand on déprime la paroie d'une vessie de caoutchouc distendue.

Lorsque la paroi est tendue à l'extrême par suite du volume exagéré des fœtus ou d'une quantité énorme de liquide le palper devient difficile et le diagnostic

épineux. Si on ne peut se baser sur l'inexistence des signes classiques de la gémellité fournis par la palpation (trois pôles fœtaux, deux plans résistants, deux pòles très éloignés l'un de l'autre, impossibilité de la version par manœuvres externes) on soupçonnera la gémellité à la forme de l'utérus moins glolubeux et surtout à la perception plus difficile du ballottement de nombreuses parties fœtales.

Lorsqu'il y a grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, le palper pourra parfois permettre de sentir, si l'hydramnios n'est pas exagéré, le fœtus contenu dans l'œuf malade. D'autre part la différence de tension entre deux régions de l'utérus et la perception d'une tumeur non différenciable de l'utérus mettront le praticien sur la voie du diagnostic.

Un gros œuf avec petit fœtus, gros placenta et beaucoup de liquide pourra évoquer l'idée d'une grossesse double.

Une tumeur peut simuler une partie fœtale. Mais la tumeur, même pédiculée, est relativement immobile et signe différentiel primordial, la contraction utérine masque le pôle fœtal tandis qu'elle rend la tumeur tout à fait superficielle.

De sa mort. — Les renseignements que fournit la palpation sur la mort du fœtus sont de valeur différente suivant l'âge de la grossesse.

Pendant la première moitié de la gestation, le diagnostic de la mort du fœtus est souvent bien obscur.

La consistance de l'organe gestateur renfermant un œuf mort n'est pas toujours identique ; il s'en faut de beaucoup.

L'utérus forme le plus souvent une masse molle élastique, facilement mobile, qu'on peut au cours du palper sentir se durcir et se contracter.

Si on sent un état de contraction permanente, on peut prévoir l'expulsion prochaine de l'œuf, mais d'autres fois il est mollasse et difficile à délimiter.

Ailleurs au contraire il est d'une dureté ligneuse et éveille l'idée de fibrome, témoin l'observation de Tarnier.

Si l'on a été à même de faire des examens successifs, on a pu noter l'arrêt de développement de l'utérus : sinon on sait combien les renseignements fournis par l'interrogatoire sont sujets à caution.

« Où les difficultés sont insurmontables, dit M. Bonnaire (*In th.* Mariette) c'est quand l'œuf meurt dans les premiers mois et se trouve retenu.

« S'agit-il d'un jeune œuf vivant, d'un œuf mort depuis longtemps ? Y a-t-il même grossesse ou bien tumeur utérine ? »

Pendant la seconde moitié de la grossesse, le palper donne des signes bien plus nets.

Chez une femme dont on suit la grossesse même

arrêt de développement puis régression de l'utérus.

Ballottement nul ou difficile à obtenir, étant donné la flaccidité du fœtus.

Au bout de huit jours la tête du fœtus mort perd sa consistance dure et sa forme. Les os du crâne se disjoignent,chévauchent les uns sur les autres et produisent la crépitation osseuse, signe de Negri.

Quant à l'extrémité pelvienne, elle se modifie moins: elle devient cependant plus mobile et par suite de l'affaissement du tronc fœtal se rapproche du pôle céphalique.

Lorsque la mort remonte à plusieurs semaines, l'utérus forme en général une masse molle et empâtée et les parties fœtales sont très difficiles à apprécier, car elles deviennent de plus en plus flasques et fuient devant la main qui palpe. Il faut éviter de les prendre pour des lobules d'un kyste multiloculaire.

CONCLUSIONS

Dans la brève énumération des difficultés de la palpation abdominale et des causes d'erreur dues au palper, nous avons essayé de faire ressortir tout le parti que l'on peut retirer de ce mode d'exploration.

Il est évidemment certains cas de surcharge graisseuse ou de surdistension utérine où le palper reste complètement infructueux.

Il est inutile d'ajouter que, quellle que soit son utilité, il a besoin du contrôle ou du concours des autres modes d'investigation, et qu'en obstétrique comme ailleurs on fait souvent appel à toutes les ressources de la clinique avant de porter un diagnostic éclairé.

Parmi les erreurs attribuables à la palpation, les unes sont le résultat d'une ignorance ou d'une inadvertance coupables, telles que distension vésicale,

tumeur stercorale, ascite, etc... prises pour l'état de grossesse.

Mais il en est d'autres qu'il est souvent excusable de commettre. La péritonite tuberculeuse dans certaines formes, les kystes de l'ovaire, la fibromatose, la latéroflexion de l'utérus gravide, la grossesse ectopique, la môle hydatiforme pour ne citer que les principales causes de méprises présentent parfois des signes physiques si peu certains que le tact le plus exercé est impuissant à recueillir des renseignements précis.

On fait l'éducation de son toucher comme des autres sens par une longue pratique de la clinique ; mais, s'il n'est pas permis à tous les praticiens de devenir des accoucheurs transcendants, il est du moins un devoir qui leur est imposé : celui d'être des accoucheurs consciencieux et de ne jamais faire un examen à la légère.

Vu : le Président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — États pathologiques simulant la grossesse. Th. Paris, 1874.

BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. Obst., 15 sept. 1903.

BOUCHACOURT. — Diagnostic de la grossesse.

BUÉ.—4 Obs. de Tum. fil. de l'utérus. Obst., 15 sept. 1903.

COUDERT. — Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. Th. Paris, 1901.

DEMELIN. — Rev. et Mém. d'Obstétrique.

GUILLEMEAU. — 1620. Grossesse et accouchement.

HENRY. — Fausses grossesses. Th. Paris, 1904.

HEPP. — Sclérose utérine et métrite chronique. Th. Paris, 1899.

LEPAGE. — Compte rendu de la Soc. d'obst., gyn. et péd., 3e fasc.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1740.

OUVRY. — Étude de la môle hydatiforme. Th. Paris, 1907.

PASTURAUD.— Diagn. différentiel de la métrite parenchymateuse et de la grossesse au début. Th. Paris, 1882.

PIERRA. — Gynécologie, 15 juin 1904.

PINARD. — Traité du Palper abdominal, 1878.

Pozzi. — Gynécologie.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Obstétrique.

Siredey. — Neurasthénie utérine. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1898.

Tarnier et Budin. — Traité d'Accouchements.

Tillaux. — Clinique chirurgicale.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince Paris